

О.Ф.Колодкина, Л.С.Шульгина, Т.В.Аристова, Т.Н.Носова

ОПЫТ РАБОТЫ СЕСТРИНСКИХ АСТМА-ШКОЛ В АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Северный государственный медицинский университет,
архангельская областная клиническая больница

EXPERIENCE OF NURSE-GUIDED ASTHMA-SCHOOLS AT THE ARKHANGELSK REGION

O.F.Kolodkina, L.S.Shulgina, T.V.Aristova, T.N.Nosova

Summary

The article summarizes a 4-year experience of nurse-guided asthma-schools at the Arkhangelsk region. This topic is of great interest in Russia as far as a doctor typically plays the main role at the education of an asthma patient. Sixteen asthma-schools have been working at the region now. The article discusses organizing problems of this activity, peculiarities due to a kind of a medical institution, a level of the nurses' originality. The most important problem is an absence of vacancy for a training specialist on the staff of medical institutions. The results of the work show the effectiveness of nurse-guided education of asthma patients.

Резюме

В статье обобщен 4-летний опыт работы медсестринских астма-школ на территории Архангельской области. Тема более чем актуальна для России, где традиционно основная роль в обучении больных бронхиальной астмой принадлежала врачу-пульмонологу. В области работают 16 астма-школ. Обсуждаются вопросы их функционирования, особенности работы в зависимости от уровня медицинского учреждения, степень самостоятельности медицинских сестер. Наиболее важной проблемой является отсутствие штатных должностей специалистов по образованию в лечебных учреждениях. Результаты работы свидетельствуют об эффективности привлечения медицинских сестер к образовательному процессу у пациентов с астмой.

Внедрение современных представлений об астме как о хроническом заболевании, сопровождающемся персистирующим воспалением дыхательных путей, и соответствующих программ по ведению астмы, где основной акцент направлен на регулярное противовоспалительное лечение, а также широкого спектра новых противоастматических препаратов, в первую очередь базисных, не привели к изменению структуры астмы по степени тяжести в сторону ее облегчения и уменьшению смертности от нее. Причинами этого наряду с изменением экологической ситуации могут служить как факторы, непосредственно не связанные с самим пациентом, обусловленные недостаточным медицинским обслуживанием (неадекватность и нерегулярность назначения базисной терапии, несвоевременное и неадекватное лечение обострения, неполноценное медикаментозное снабжение), так и непосредственно с ним связанные: низкий уровень знаний о заболевании и отсутствие практических навыков в реализации своих знаний на практике [5]. Естественно, оба фактора между собой тесно связаны, так как даже грамотные и своевременные рекомендации по лечению хронической астмы не приводят к снижению объективных статистических показателей тяжести бронхи-

альной астмы, если пациент играет лишь пассивную роль "ведомого по болезни". С другой стороны, простое повышение информированности пациента не приводит к изменению модели поведения, что должно стать конечной целью в обучении [6]. Ни у кого уже не вызывает сомнения целесообразность и клиническая, и экономическая эффективность образовательных программ по обучению больных астмой. Этому уделяется первостепенное внимание как в Глобальной стратегии по бронхиальной астме [2], так и в формулярной системе по бронхиальной астме для врачей России [3]. Как указывается в Глобальной стратегии по бронхиальной астме (*GINA*), "цель обучения больного, которое является постоянным процессом, — обеспечить пациента, страдающего астмой, и его семью необходимой информацией и охватить обучающими мероприятиями для того, чтобы больной хорошо себя контролировал и действовал в соответствии с планом медикаментозного лечения, разработанным медицинским работником. Акцент должен делаться на развитие постоянного партнерства между медицинским работником, больным и членами его семьи" [2].

Таким образом, традиционно существующая до недавнего времени в России "пассивная" позиция паци-

ента должна смениться "активной", причем с первых же дней манифестации или диагностики астмы у каждого конкретного пациента. Добиться полного взаимопонимания и комплаенса у всех пациентов не удастся. Это связано как с организационными аспектами обучения (длительность и схема обучения), активностью обучающего и наглядностью материала, так и с личными качествами обучаемого (взрослого пациента, ребенка или его родителей). Последнее обусловлено многими факторами и в первую очередь возрастом, интеллектуальным развитием и социальным статусом, напряженностью профессиональной деятельности (наличие свободного времени для занятий) и способностью принимать самостоятельные решения (*decision-making role*). Так, в небольшом исследовании, проведенном в северо-западной Англии, было выяснено, что большинство из 30 взрослых пациентов, оценивавших свою роль в вопросе принятия участия в коррекции лечения по 5-балльной шкале (от высокоактивной до высокопассивной), предпочитали пассивную или сотрудническую с врачом роль [8].

При обсуждении организационных аспектов образовательного процесса одним из первых возникает вопрос, кто должен обучать пациентов — врачи или специально обученные медсестры? Однозначно и категорично решить этот вопрос, вероятно, невозможно, и те и другие имеют свои преимущества и недостатки. Так, врач, обладая более глубокой подготовкой, способен дать более квалифицированную и полную информацию, начиная от генетики астмы и заканчивая нетрадиционными методами лечения. Однако высокая нагрузка и недостаточное количество врачей, особенно специалистов — пульмонологов и аллергологов, ограничивают доступность врача для пациента. Выходом из данной ситуации видится активное привлечение к педагогическому процессу специально подготовленной медсестры, которая в состоянии осуществлять целый ряд функций, начиная от разъяснения теоретических основ астмы, привития практических навыков и заканчивая составлением и коррекцией индивидуального плана лечения вплоть до принятия решений в конкретных клинических ситуациях. Кроме того, считается, что медсестре легче наладить общение с пациентом, чем врачу, так как пациенты чувствуют себя значительно свободнее, когда беседуют с медсестрой [6].

Наибольший опыт в сестринском обучении накоплен в Европейских странах и США, где специально обученные медсестры проводят обучение и амбулаторный контроль за пациентами как с астмой (*asthma-nurse*), так и с ХОБЛ, раком легкого (*cancer-nurse*) [11], пациентами, получающими продленную оксигенотерапию на дому [10]. В некоторых странах, например в Великобритании, разработаны и внедряются программы по объединению различных нозологий в рамках единой службы, реализацию которой претворяет респираторная сестра. Функции ее охватывают обучение, внедрение в жизнь национальных

и местных программ по заболеваниям легких, распространение обучающей литературы, оценка адекватности и технических параметров неинвазивной механической вентиляции в стационаре и пролонгированной оксигенотерапии на дому.

В России наиболее распространенным методом обучения является астма-школа [3]. Традиционно лидирующая роль в педагогическом процессе отводилась врачу, чаще всего узкому специалисту — пульмонологу или аллергологу. Однако в последние годы, следуя зарубежному и в первую очередь британскому опыту, организаторы здравоохранения и пульмонологи стали развивать и в России систему сестринских астма-школ.

В 1997 г. в Архангельской области при поддержке Департамента здравоохранения организована система астма-школ, работой которых руководит организационно-методический астма-центр областной клинической больницы. Для работы в астма-школах по 4-недельной программе были обучены 17 медсестер — инструкторов по астме. Так как уже изначально планировалось охватить обучением пациентов не только областного центра, то в обучении приняли участие медсестры из нескольких центральных районных больниц. Выбор медсестры осуществлялся по усмотрению администрации лечебного учреждения и с учетом личного желания; предпочтение отдавалось медсестрам, работавшим в кабинетах специалиста (пульмонолога и аллерголога), так как считалось, что им будет легче усвоить новую и непривычно углубленную информацию. К настоящему моменту в Архангельской области функционируют 16 астма-школ, из которых 6 расположены в районных центрах области.

Инструкторы работают в различных условиях. Большинство сестер по астме работают под руководством врачей пульмонологов и аллергологов. Однако в 3 лечебных учреждениях сестры работают только в контакте с участковыми терапевтами или педиатрами. Кроме этого, различными являются условия работы в зависимости от расположения школы — поликлиника или стационар, областное или районное учреждение. Если поликлиника совмещена со стационаром, то сестры проводят обучение как амбулаторных, так и стационарных больных. Особенностью деятельности инструкторов, работающих в центральных районных больницах, является охват как взрослого, так и детского (с родителями) населения.

Расположение астма-школы оказывает влияние на выбор формы обучения (групповое или индивидуальное). Изначально была рекомендована групповая форма обучения в виде цикла из 5 занятий. Но первый же год работы показал, что групповая форма не может охватить всех пациентов и приемлема в основном в условиях стационара. При индивидуальной форме обучения пациент получает тот же объем информации, но в более удобное время. Сами медсестры-инструктора отмечают, что при индивидуальных консультациях достигается лучшее взаимопонимание с больным, а боль-

ные получают более полные ответы на свои конкретные вопросы. Однако при индивидуальной форме обучения теряется тот компонент, который является положительным при групповых занятиях, — это взаимная поддержка пациентов, возможность преодоления изоляции, связанной с болезнью.

Помимо базового образовательного цикла медсестры в дальнейшем проводят индивидуальные консультации для наблюдения заболевания в динамике, контроля за выполнением врачебных рекомендаций, обучения по отдельным вопросам. При этом реализуется принцип обучения "понемногу, но часто", способствующий лучшему закреплению знаний. Примерная нагрузка составляет при индивидуальной форме обучения 40–60 мин на первичного пациента и 30 мин на повторного, при групповой форме — 2 ч на группу из 3–6 человек.

Астма-школы организованы во всех лечебных учреждениях, где работают пульмонологи или аллергологи. Обучением охватывается подавляющее большинство пациентов из стационара или после приема специалистов за исключением категорически ненастроенных на обучение пациентов. В лечебных учреждениях, где нет специалистов и прием больных астмой ведут участковые терапевты или педиатры, имеются проблемы с направлением больных в астма-школы. Пациенты "выпадают" из обучения в силу пассивности участковых врачей, несмотря на наличие в их учреждении астма-школы.

Обучение осуществляется по следующим основным темам [1,6]:

- Строение дыхательных путей в норме и при астме. Аллергические и неаллергические причины приступов удушья. Элиминация аллергенов.
- Клинические проявления астмы. Пикфлоуметрия как метод самоконтроля. Ночная астма и ее связь с аллергией.
- Лечение астмы. Бронхолитики и базисные препараты. Техника ингаляции. Использование спейсеров.
- Острый приступ астмы. Лечение обострения. Система зон "светофора" и индивидуальный план действий больного.
- Немедикаментозные методы лечения. Профилактика и тактика при вирусной инфекции.

Программа обучения, как известно, должна опираться не только на подачу материала в форме лекции, но и на специальные приемы, облегчающие как само изложение темы, так и восприятие пациентами информации [3,4]. К таким приемам относятся обучающая литература, обучающие плакаты, муляжи бронхов, ингаляторы с плацебо, выставка препаратов, средств доставки и средств контроля, которые имеются во всех школах (хотя проблему составляют наборы плацебо-ингаляторов и муляжей бронхов). Для стимуляции активности участия пациента в обучении используются такие важные этапы обучающего процесса, как контроль знаний до и после цикла занятий по одному и тому же опроснику для оценки повышения информированности, игровая форма ра-

боты, что особенно актуально у детей. Таким образом, методика обучения представлена двумя составляющими — повышение информированности пациентов путем лекций, бесед, чтения литературы, а также тренировка практических навыков как в технических моментах (правильность применения средств доставки и контроля), так и в принятии решений в зависимости от состояния астмы в данный момент, в том числе следование индивидуальному плану ведения.

Согласно статистическим показателям, на территории Архангельской области регистрируется значительный рост числа случаев заболеваний бронхиальной астмой как вследствие объективного роста заболеваемости, так и улучшения диагностики. Ежегодно регистрируется от 800 до 1100 новых случаев заболевания. В 2000 г. уровень заболеваемости бронхиальной астмой на 1000 населения в области увеличился в 2,1 раза по сравнению с показателями 1995 г. (3,6 в 1995 г. и 7,6 в 2000 г.), хотя и остается ниже российского и регистрируемого в зарубежных странах, что свидетельствует о недостаточной выявляемости заболевания. Заболеваемость среди детей приближается к общероссийскому показателю и составляет 11,0 случая на 1000 детского населения. В настоящий момент число больных астмой в области составляет 10 388 человек, из них 3625 детей и подростков. Эти тенденции диктуют не только потребность в поддержании уже созданных астма-школ, но и создание новых.

В таблице приведены данные по итогам работы астма-школ за 1998–2000 гг.

Таким образом, основной контингент составляют пациенты со среднетяжелой астмой (62%). Намечавшаяся в первый же год тенденция к переходу на индивидуальное обучение полностью реализовалась в 2000 г., когда в индивидуальной форме было обучено 83% пациентов.

Среднее число посещений на 1 пациента составляет от 3 до 5 среди взрослых и 7 среди детей. Помимо обучения в пределах самого лечебного учреждения инструктора осуществляют посещения тяжелых пациентов на дому.

Эффективность работы астма-школ оценивается при анализе ежегодных отчетов, составляемых инструкторами по астме. Отчет состоит из двух частей: показатели работы (включает количество пациентов и посещений по степени тяжести, по контингентам, посещений на дому, наличие и правильность использования средств контроля, спейсеров, повышение информированности по результатам тестирования до и после цикла занятий и др.) и показатели эффективности работы (количество и длительность госпитализаций, количество случаев и дней временной нетрудоспособности, количество вызовов скорой помощи всего и на 1 пациента, количество случаев выхода на инвалидность), причем показатели второй части анализируются в сравнении между группами обученных и необученных пациентов.

Таблица

**Результаты работы сестринских астма-школ
за 1998–2000 гг. (по результатам ежегодных отчетов)**

Показатель	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Количество астма-школ	9	12	16
Количество пациентов:	1622	1764	2614
с бронхиальной астмой:	1290	1399	2205
легкой степени	413	414	553
средней степени	628	808	1365
тяжелой степени	249	177	287
родители	234	220	241
с другими заболеваниями (ХОБЛ, аллергия)	98	144	168
По контингентам:			
взрослые	942	1100	1946
дети	446	444	427
родители	234	220	241
По форме обучения:			
индивидуальное	817 (50%)	1086 (62%)	2157 (83%)
групповое	805	678	457
Общее число посещений	5127	6204	7203

С первого же года работы школ наметились положительные тенденции, заключающиеся в снижении объективных показателей второй части отчета. Так, процент госпитализаций в группе обученных в 1,5–3 раза ниже, чем в группе необученных пациентов, число вызовов скорой помощи в 1,5–2–3 раза ниже в группе обученных, число случаев нетрудоспособности в 3 раза ниже в группе обученных, а число дней нетрудоспособности на 1 обученного больного на 1–2 ниже, чем среди необученных пациентов.

Контроль за работой инструкторов осуществляется на двух уровнях: в конкретном лечебном учреждении и со стороны астма-центра. Сотрудники астма-центра 2 раза в год проводят 2-дневные семинары по актуальным проблемам астмы и других легочных заболеваний, выезжают непосредственно в астма-школы, где присутствуют на занятиях, проводимых инструкторами, а также оказывают методическую поддержку в виде распространения литературы. Семинары включают не только чтение лекций, но и тестирование, позволяющее выявить пробелы в знаниях, решение клинических задач, разборы больных, использование таких активных методов контроля и обучения, как КВН, небольшие самостоятельные исследовательские работы. Семинары проводятся с привлечением психолога, врачей-физиотерапевтов и ЛФК, фитотерапевта, кроме этого, сами инструкторы делятся опытом работы. В своей работе мы используем опыт врачей и медсестер по обучению больных сахарным диабетом.

Хотелось бы определить круг проблем функционирующей системы астма-школ, которые являются актуальными, вероятно, не только для Архангельской области, но и для других регионов, где обучением занимаются медсестры. Одна из основных проблем — это отсутствие должностей специалистов по обучению в штатном расписании лечебных учреждений. Это приводит к двум негативным моментам. Во-первых, поскольку должности медсестер-инструкторов выделяются за счет лечебных учреждений, администрация привлекает сестер к другим работам и большинство инструкторов по астме вынуждены совмещать педагогическую работу с работой на участке или в отделении, т.е. время работы в астма-школе сокращается до половины, а иногда и четверти ставки. При этом прерывается обучение и снижается интерес со стороны пациента. Во-вторых, внедрение должности специалиста по обучению предполагает финансовую надбавку в связи с более высоким уровнем квалификации и педагогической деятельностью. На деле в настоящее время некоторые сестры, перешедшие из участковой службы, потеряли в зарплате.

Большую проблему представляет отсутствие плацебо-ингаляторов (их выпуск в России не налажен вовсе), наборов муляжей бронхов, приборов для оценки правильности техники ингаляции.

Вопрос о том, кто должен быть основным действующим лицом в обучении пациентов с астмой, для нашей страны пока остается открытым. Нет данных о проведении на территории России сравнительных исследований эффективности обучения врачом и медсестрой. Конечно, традиционно функции медсестры в России были более ограниченными по сравнению с таковыми за рубежом и на деле охватывали преимущественно манипуляционную технику. В последние годы ситуация стала коренным образом меняться в сторону приобретения медсестрой большей самостоятельности и больших знаний; вопросы обучения пациентов с астмой включаются в программы обучения среднего медперсонала в медицинских колледжах [7].

Также нерешенным остается вопрос, каковы должны быть полномочия медсестры в педагогическом процессе. Национальный центр обучения больных бронхиальной астмой Великобритании выделяет три уровня деятельности медицинских сестер: минимальный (составление картотеки пациентов, обучение пользованию пикфлоуметром и контроль техники ингаляции), промежуточный (дополнительно к предыдущему проведение тестов на обратимость, участие в обучении, динамический контроль), максимально автономный (выполнение полной программы оценки состояния пациента, составление плана лечения в сотрудничестве с врачом, советы по телефону и советы по неотложной помощи пациентам с обострениями астмы) [6].

Что касается инструкторов Архангельских школ, то, как показали 4 года работы, а также результаты регулярной проверки знаний и результаты отчетов, они прочно заняли промежуточный (второй) уровень

деятельности, а некоторые из активных и грамотных инструкторов при отсутствии в учреждении в данный момент специалиста даже могут давать самостоятельные рекомендации по лечению (это в первую очередь относится к инструкторам, работавшим фельдшерами до перехода в систему астма-школ). Тем не менее вопрос, может ли медсестра-инструктор по астме работать самостоятельно в лечебном учреждении, где нет специалиста пульмонолога или аллерголога, остается дискуссионным. Как показывает опыт, именно у этих инструкторов возникают наибольшие проблемы в силу отсутствия адекватного сотрудничества с ними участковой службы (включая проблему несогласия со стороны инструктора с медикаментозными назначениями). Однако региональный астма-центр и Департамент здравоохранения планирует расширение астма-школ за счет создания их именно в отдаленных от областного центра учреждениях, где нет пульмонолога. Одним из вариантов для сельских районов, на наш взгляд, является привлечение к работе инструкторами по астме фельдшеров. Как способ решения этой проблемы также видится создание и повсеместное распространение четко написанных протоколов и рекомендаций по ведению как острой, так и хронической астмы, причем эти протоколы должны быть адаптированы к местному уровню и относительно регулярно обновляться. Так, внедрение местного протокола по объективной оценке при острой астме, постгоспитальному лечению и ингаляционной технике, составленного пульмонологами совместно с сестрами-специалистами по астме, значительно улучшило исходы обострений в одном из сельских регионов Великобритании, где пациенты наблюдаются только медсестрами [9].

Таким образом, 4 года работы сестринских астма-школ в Архангельской области не только подтвердили необходимость обучения пациентов с астмой, но доказали состоятельность и надежность медсестры как основного участника образовательных программ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белевский А.С., Булкина Л.С., Княжеская Н.П. Победим бронхиальную астму. 2-е изд. М.: Два мира; 1996.
2. Бронхиальная астма. Глобальная стратегия. Совместный доклад Национального Института Сердце, Легкие и Кровь и Всемирной организации здравоохранения. Пульмонология 1996; Прил.
3. Бронхиальная астма. Руководство для врачей России (Формулярная система). Там же 1999; Прил.
4. Булкина Л.С., Белевский А.С. Образовательные программы для больных бронхиальной астмой. Мировой опыт. Там же 1994; 1: 89–90.
5. Булкина Л.С., Белевский А.С., Княжеская Н.П., Чучалин А.Г. Влияние обучения больных бронхиальной астмой на течение заболевания. Тер. арх. 1996; 68 (12); 30–34.
6. Помощь больным астмой в практическом здравоохранении: Пер. с англ. Warwickshire: National Asthma Training Centre; 1994.
7. Юдакова М.И. Задачи медицинской сестры в решении проблем больных бронхиальной астмой. Сестрин. дело 1998; 5–6: 41.
8. Carees A.L., Woodcock A.A., Luker K.A., Beaver K. A qualitative exploration of treatment decision-making role preference and priority information needs in adult asthma patients. Eur. Respir. J. 2000; 16 (suppl.31): 233s.
9. Denn D., Waldron J. A countywide audit of Cornwall's nurse led minor injury units demonstrates that asthma management is improved by the introduction of a protocol. Ibid. 491s.
10. Hernandez C., Marrades R.M., Hernandez L. et al. Utility of home care in long term oxygen therapy. Ibid. 492s.
11. Murphy J., Window N., Mates G., Leahy B.C. Establishing the benefits of early intervention by a cancer nurse following the provisional diagnosis of lung cancer at bronchoscopy. Ibid. 491s.

Поступила 04.09.01